Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. NICOLINI"
DI CAPRANICA con plessi di VEJANO
Via Madre Teresa di Calcutta, snc tel. :0761 669085
vtic82500a@istruzione.it - vtic82500a@pec.istruzione.it
CM: VTIC82500A - CF: 80018870560 – Codice Univoco Ufficio UF9ZQ3
Sito:www.icnicolinicapranica.edu.it

Alla Dirigente Scolastica
Dott.ssa Emilia Conti

Oggetto: Richiesta di somministrazione o autosomministrazione farmaco/i nei locali della scuola e in orario scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....,

□ Genitore dello studente/essa ....., (oppure)

□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., nato/a a…… il …../……/…… e residente a …… in Via…….. ……., che frequenta la classe ……. sez …….. dell'Istituto……. …… sito in Via …… Cap ……

Località ……. Provincia ..... ,

- **CONSAPEVOLE** del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;
- **VISTA** la specifica patologia dell'alunno: _____

CHIEDE
(barrare la scelta)

□ che sia consentito l'accesso a scuola al sottoscritto o alle seguenti persone indicate:

_____
_____

per la somministrazione dei farmaci/svolgimento di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

_____
_____

(oppure)

□ che allo studente sia somministrato, da personale della scuola appositamente individuato e sollevato da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, il farmaco e/o effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. _____di confezioni integre del farmaco necessario_____

_____avente scadenza _____

(oppure)

□ Chiede che il minore si autosomministri la terapia farmacologica del/dei farmaco/i indicato nella certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante e allegata alla presente richiesta sollevando la scuola e il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

In fede

_____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Emilia Conti

(*) firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 comma 2 del d.lgs. 39/1993